

проводят основные специалисты санатория: кардиологи, диетолог, психотерапевт, физиотерапевт, врачи и методисты ЛФК, фитотерапии, иглорефлексотерапии. Для оздоровления пропагандируются естественные факторы природы, рациональное питание, указывается об отрицательном влиянии курения, злоупотребления алкоголем.

Врачи санатория детализируют индивидуальные рекомендации по формированию здорового образа жизни в процессе индивидуальных бесед. На занятиях больные обучаются элементам точечного массажа, рациональному выполнению физических упражнений, вводятся элементы Ушу, хореотерапии, больные знакомятся с системой оздоровления по НиШи и др.

При избыточном весе пропагандируются разгрузочные дни и незаслуженно забытые игры в городки, настольный теннис, лечебная гребля, занятия на тренажерах, туризм.

Проводятся выставки дегустации рациональных диетических блюд с высоким содержанием клетчатки, низкокалорийных, доступных для приготовления в домашних условиях. Широко пропагандируются блюда с минимальной термической обработкой, позволяющей сохранять витамины, продукты, способствующие выведению из организма радионуклидов.

Результаты и обсуждения. Установлено, что в основной группе до начала занятий соблюдение диеты было у 24% больных, после – у 91% ($p<0,05$). В контрольной эти показатели были 23% и 51% соответственно.

До обучения в «Школе здоровья» 39% больных основной группы курили, после – 16% ($p<0,05$). Среди больных бросивших курить были только больные, перенесшие инфаркт миокарда, в контрольной группе, число куривших не уменьшилось и составило 45%.

Проведение занятий привело к повышению числа больных, занимающихся ЛФК. До «Школы здоровья» – 33%, после – 79% ($p<0,05$). Среди больных контрольной группы соответствующие показатели были 31% и 35%.

30% больных основной группы до поступления в санаторий следили за своим весом, а при выписке – 94% ($p<0,05$). В контрольной группе – при поступлении 33%, при выписке 80% больных считали необходимым контролировать свой вес.

Вывод:

На основании проведенного анализа можно сделать вывод, что «Школа здоровья» по-прежнему представляет собой одну из эффективных форм работы по формированию здорового образа жизни населения на санаторно-курортном этапе медицинской реабилитации.

Литература:

4. Комисаренко «Стратификация риска развития сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых больных с артериальной гипертензией» // Врач. – 2005. – №8. – С. 27.
5. Социально-демографические, клинические и психопатологические особенности больных ИБС / А. Сыркин [и др.] // Врач. – №9. – 2005. – С. 14.
6. Калинина «Комплексная оценка здоровья индивидуума и активационная профилактика». Ростовский государственный университет / Т. В. Жукова, Е. Л. Баер, Т. В. // Курортные ведомости. – 2000. – №1 (22).

ПРОБЛЕМА ЦЕНООБРАЗОВАНИЯ НА РЫНКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ В РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Тимофеева А.П., Герберг А.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Актуальность. Здоровье не имеет рыночной цены, хотя и обладает высшей ценностью для общества и человека. На поддержание, укрепление и восстановление здоровья приходится затрачивать материальные, финансовые и другие ресурсы. Здоровье, таким образом, обладает стоимостью, что позволяет рассматривать его и как социальную категорию, и, в опосредованной форме, как категорию экономическую.

Цель. Несомненная актуальность развития платных медицинских услуг в Республике Беларусь требует тщательного исследования и анализа вопроса ценообразования на медицинские услуги в условиях рыночных отношений как важнейшей предпосылки эффективного функционирования здравоохранения.

Материал и методы. Результаты исследования основаны на изучении данных официальных статистических ежегодников, электронных ресурсов и литературных источников. Использован логико-аналитический метод.

Результаты и обсуждение. В настоящее время платные медицинские услуги являются дополнительными к гарантированному государством объёму бесплатной медицинской помощи и оказываются гражданам Республики Беларусь государственными учреждениями здравоохранения на основании письменных договоров возмездного оказания медицинских услуг.

В Республике Беларусь насчитывается более 1,5 тыс. индивидуальных предпринимателей, обществ, товариществ, занимающихся медицинской деятельностью, для которых установлен единый порядок

формирования и применения тарифов на платные медицинские услуги (в соотв. с Законом РБ «О ценообразовании»). Согласно Постановлению Совета Министров РБ от 10.02.2009г. №182 «Об оказании платных медицинских услуг государственными учреждениями здравоохранения» платные медицинские услуги населению предоставляются в виде профилактической, лечебно-диагностической, реабилитационной, консультационной, протезно-ортопедической и зубопротезной помощи [1]. Поэтому экономически обоснованное ценообразование на сегодняшний день является одной из наиболее актуальных и сложных проблем здравоохранения.

Медицинская услуга – это специфический товар, обладающий стоимостью, денежным выражением, которой является цена. Цена – это мощный и в тоже время гибкий рычаг управления экономикой, эффективный инструмент воздействия со стороны государства на производство, обмен, потребление. Посредством рыночного механизма продавцы и покупатели взаимодействуют, чтобы определить цену и количество производимых благ. При всей специфике здравоохранения как отрасли, в установлении цен следует отметить, что:

- цена должна отражать общественно необходимые затраты на производство медицинских услуг, их потребительские свойства и качество;
- необходимо учитывать соотношение спроса и предложения на данный вид услуг;
- установление цены должно носить противозатратный характер и стимулировать развитие науки, улучшать качество медицинских услуг;
- должно обеспечиваться получение прибыли, создаваться экономические условия для хозрасчётной деятельности медицинских учреждений, а, следовательно, для самоокупаемости, рентабельности, самофинансирования.

Важнейшими задачами ценообразования на медицинские услуги в условиях рыночных отношений являются, во-первых, создание механизма оперативного учёта спроса и предложения, складывающихся на рынке медицинских услуг, и, во-вторых, разработка конкретной методики расчёта цен. К видам стоимостных расценок в здравоохранении относят стоимостные расценки на фактически сложившиеся затраты, договорные цены (сверх установленных норм), прейскурантные цены (на платные услуги), цены при индивидуальной трудовой деятельности.

Тарифы на платные медицинские услуги должны быть подтверждены экономическими расчетами (калькуляцией с расшифровкой статей затрат). Сформированные и установленные тарифы на платные медицинские услуги помещаются в прейскуранты. Государственные цены на платные медицинские услуги населению действуют как территориальные прейскурантные цены, в которые включаются фактические затраты, рассчитанные на основе утвержденных трудовых и материальных норм [1, с.748-755].

Тарифы на платные медицинские услуги формируются без учёта стоимости применяемых лекарственных средств, изделий медицинского назначения и др. материалов. Лекарственные средства, изделия медицинского назначения и др. материалы, используемые при оказании платных медицинских услуг в соответствии с нормами их расхода, утверждаемыми Министерством здравоохранения РБ, оплачиваются заказчиками дополнительно. Нормы расхода лекарственных средств, изделий медицинского назначения и др. материалов на оказание платных медицинских услуг могут быть снижены руководителями юридических лиц и индивидуальными предпринимателями в зависимости от применяемых технологий, материально-технической оснащённости и др. факторов.

Устанавливаемые цены на лечебно-профилактические услуги должны покрывать издержки ЛПО, быть достаточными для осуществления полноценных расчётов с республиканским и местным бюджетами, а также обеспечивать прибыль этой организации, достаточную для её развития и материального стимулирования работающих. Используемый затратный метод ценообразования на медицинские услуги в здравоохранении не решает вышеперечисленных задач. При ценовой стратегии, основанной на издержках, цены определяются путём расчёта издержек обслуживания и накладных расходов, а в рыночном варианте ещё добавляется и прибыль. В настоящее время издержки на оказание услуг ЛПО могут быть выше устанавливаемой ими цены иногда в несколько раз, и смысл такого ценообразования лишь в том, чтобы все усилия ЛПО направлялись на снижение издержек как основной составляющей. В рамках Концепции ценообразования в РБ от 2005 г. была поставлена задача по совершенствованию механизмов ценового регулирования и преодолению метода ценообразования, основанного на затратах [2].

Выводы. Проблему ценообразования на медицинские услуги можно отнести к сложным и многогранным. Обоснованная методика установления цен, разумная ценовая политика и последовательная её реализация – необходимые условия эффективного функционирования системы здравоохранения в жёстких условиях рыночной экономики.

Платные услуги в сфере здравоохранения раньше получали негативную оценку у населения, в настоящее время отношение к ним меняется. Правильное установление цены и качество предоставляемых услуг определяет «лицо» здравоохранения.

1. В Республике Беларусь цены на медицинские услуги, предоставляемые населению за плату, устанавливаются в соответствии с законодательством РБ уполномоченными на то органами исполнительной власти.

2. В настоящее время рынок лечебно-профилактических услуг, медикаментов и товаров достаточно динамичен за счёт появления на нём объектов здравоохранения и фармации различных организационно-правовых форм.

Литература

1. Общественное здоровье и здравоохранение / Н.Н. Пилипцевич, Т.П. Павлович, В.С. Глушанко. – Минск : Новое знание, 2015. – 784 с.
2. Ткачева, Е.И. Планирование, финансирование и ценообразование в здравоохранении: учеб.-метод. пособие / Е.И. Ткачева, В.С. Глушанко, А.П. Грузневич, А.П. Тимофеева ; под ред. В.П. Дейкало. – Витебск : ВГМУ, 2011. – С. 8-45.